



УДК 616-072.1+616.348.002/616-002.44

DOI: 10.22141/2308-2097.53.3.2019.181471

Степанов Ю.М., Псарьова І.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Клініко-ендоскопічні паралелі при неспецифічному виразковому коліті

For citation: Gastroenterologia. 2019;53(3):182-187. doi: 10.22141/2308-2097.53.3.2019.181471

Резюме. Актуальність. На сьогодні не існує ідеального способу для оцінки активності неспецифічного виразкового коліту (НВК), що й обумовлює актуальність вивчення особливостей перебігу даної патології з порівняльним аналізом типових клінічних та ендоскопічних проявів. **Мета роботи** — оптимізація діагностики НВК. **Матеріали та методи.** Обстежені 60 пацієнтів із підтвердженим діагнозом НВК — 31 (51,7 %) чоловік і 29 (48,3 %) жінок віком від 21 до 63 років (середній показник становив $(40,28 \pm 1,34)$ року), з них 52 (86,6 %) пацієнти працездатного віку. **Результати.** Розподіл хворих за оцінкою комбінованого індексу Mayo показав, що 36 (60,0 %) пацієнтів мали помірний ступінь загострення НВК, середній показник становив $(8,12 \pm 0,29)$ бала; у 24 (40,0 %) випадках діагностований тяжкий ступінь, середнє значення індексу становило $(11,38 \pm 0,48)$ бала. Кореляційний аналіз індексів активності НВК показав взаємозв'язок ступеня активності захворювання згідно з комбінованим індексом Mayo з клінічною активністю за шкалою D. Rachmilewitz ($r = 0,459$; $p < 0,01$), із тяжкістю атаки НВК за критеріями S. Truelove та L. Witts ($r = 0,526$; $p < 0,01$) та ендоскопічною активністю за частковим індексом Mayo ($r = 0,598$; $p < 0,01$). **Висновки.** Установлені клініко-ендоскопічні взаємозв'язки при НВК підтверджують необхідність комплексного підходу до діагностики цього захворювання. З урахуванням того, що ступінь поширення запалення та тяжкість атаки НВК впливають на тактику ведення пацієнта й оцінку лікувальних заходів, клінічні та ендоскопічні показники корисні для стандартизації активності захворювання.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт; ендоскопічні прояви; клінічні прояви

Вступ

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) є серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки відзначена тенденція до зростання числа тяжких, резистентних до лікування форм захворювань, ускладнень та оперативних втручань, які призводять до інвалідизації пацієнтів молодого і працездатного віку [1]. Поширеність у світі становить 50–230 випадків на 100 тис. населення, щорічний приріст хворих — 5–20 випадків на 100 тис. населення. Упродовж останнього часу в Україні також відмічається значне підвищення показників захворюваності на НВК, що пов'язано насамперед із поліпшенням діагностичних можливостей і підвищенням рівня знань лікарів про це захворювання [2].

Найбільш висока захворюваність відзначається в Північній Америці, Північній Європі і Австралії, рідше ця патологія реєструється в країнах Азії, Південної

Америци та Японії [3]. Серед білого населення НВК зустрічається в 3–5 разів частіше, ніж у афроамериканців, у євреїв — в 3,5 рази частіше, ніж в осіб неєврейської національності. Захворюваність на виразковий коліт має 2 вікові піки — в 15–25 і в 55–65 років, однак може розвиватися в будь-якому віці з майже однаковою частотою серед жінок та чоловіків. У тих, хто палить, НВК відмічається у 2 рази рідше, ніж у тих, хто не палить [4]. До того ж НВК призводить як до зниження якості життя пацієнтів, так і до збільшення збитків, пов'язаних із перебуванням хворих на лікарняному [5].

Здебільшого діагноз НВК складно встановити через неспецифічність наявних скарг. Ситуація ускладнюється тим, що симптоматика змінюється в широких межах залежно від локалізації ураження травного каналу, вираженості запальних змін, наявності ускладнень і позакишкових проявів, які можуть передувати скаргам, що

пов'язані з ураженням кишечника [6]. У клінічному перебігу захворювання відзначають загострення і ремісії, які можуть виникати спонтанно або в результаті лікування.

На сьогодні існує кілька систем для класифікації клінічної активності захворювання при НВК, які сприяють об'єктивній оцінці і спрямовують терапевтичні та моніторингові стратегії [7]. Проте клініцисти не можуть покладатися тільки на симптоми пацієнта при прийнятті рішення щодо лікування чи тактики ведення хворих на НВК, тому що або часто недооцінюють клінічні симптоми, або переоцінюють активність захворювання. З цієї причини необхідні об'єктивні заходи щодо визначення активності хвороби, такі як фекальні маркери запалення або дані інструментальних досліджень, серед яких провідна роль належить ендоскопічному дослідженню товстої кишки [8].

Ендоскопічно НВК проявляється такими ознаками, як згладженість складок, гіперемія, набряк, зернистість слизової оболонки (СО), стертість чи відсутність судинного рисунка, наявність контактної чи спонтанної кровоточивості, ерозій, виразок (їх форма, розмір, кількість), псевдополіпів [9]. За поширенням патологічного процесу НВК розподіляється на виразковий проктит (ізолюване ураження прямої кишки), лівобічний НВК (ураження до селезінкового кута), поширений коліт (ураження вище від селезінкового кута, включаючи панколіт). Проте ендоскопічна оцінка є інвазивною процедурою і має потенційні шкідливі наслідки при тяжкому перебігу захворювання.

За даними різних авторів, клінічна активність НВК лише частково корелює з ендоскопічними та гістологічними даними [8, 10]. У дослідженні 91 пацієнта дослідники виявили 89% узгодженість між даними ендоскопії і гістопатології для виявлення пацієнтів із ремісією. Однак цей відсоток значно знизився, коли лікарів попросили класифікувати захворювання як легке, помірне або тяжке. До того ж серед пацієнтів, які перебували в стадії ремісії, за даними як ендоскопії, так і гістології, в одній третини все ще були клінічні симптоми активності захворювання. Коли в дослідженні оцінювалися клінічні симптоми, дані ендоскопії і гістології, згода була знижена до рівня значно менше від 50 % [11].

Сьогодні є кілька комбінованих індексів для оцінки активності НВК, які оцінюють одночасно як дані інструментальних досліджень, так і клінічні симптоми [6, 12]. Тому перед гастроентерологами постає питання, чи застосовувати окремі індекси для клінічних симптомів, ендоскопії, гістології та/або якості життя чи використовувати комбіновані індекси. Хоча уявна простота комбінованого індексу є привабливою, оскільки він відображає одночасно як клінічну практику, так і дані інших досліджень, недоліком будь-якого складного індексу є те, що складно перевірити окремі його компоненти. Так, в дослідженні A.J. Walsh зі співавт. чотири фахівці незалежно провели оцінку варіабельності складових клінічного індексу активності НВК (Truelove і Witts), комбінованого клініко-ендоскопічного індексу Mayo і комбінованого індексу Seo, який поєднує клі-

нічні симптоми захворювання з рівнем біомаркерів. У результаті виявилось, що саме ендоскопічна складова була компонентом, що є найбільш варіабельним між фахівцями [13].

Отже, на сьогодні при НВК не існує ідеального способу для оцінки активності захворювання, що й обумовлює актуальність вивчення особливостей перебігу даної патології з порівняльним аналізом типових клінічних та ендоскопічних проявів.

Мета роботи — оптимізація діагностики НВК.

Матеріали та методи

Обстежені 60 пацієнтів із підтвердженим діагнозом НВК, які зверталися за спеціалізованою медичною допомогою до ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» у період 2017–2018 р. За статеву ознакою хворі розподілені так: 31 (51,7 %) чоловік і 29 (48,3 %) жінок віком від 21 до 63 років (у середньому — $(40,28 \pm 1,34)$ року), із них 52 (86,6 %) пацієнти працездатного віку.

Діагноз неспецифічного виразкового коліту встановлено згідно з рекомендаціями, розробленими Третім європейським доказовим консенсусом із діагностики та лікування виразкового коліту [8]. Рівень ураження товстої кишки в пацієнтів встановлювали за допомогою класифікації K.W. Silverberg [14]. Для оцінки тяжкості атаки НВК урахували критерії, адаптовані з класифікації S. Truelove та L. Witts, а саме частоту випорожнень із домішками крові, пульс, температуру, рівень гемоглобіну, С-реактивний білок та швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) [15]. Клінічну активність виразкового коліту оцінювали за допомогою клінічного індексу активності за D. Rachmilewitz у балах, що включає такі критерії, як частота випорожнень за останні 7 днів, домішки крові в калі, загальне самопочуття, болі в животі і позакишкові прояви, рівень ШОЕ та гемоглобіну. Сумарна кількість балів від 0 до 4 відповідала клінічній ремісії, 5–10 балів — низькій активності захворювання, 11–15 балів — середній активності, > 16 балів — високому ступеню активності [16]. Ендоскопічна активність НВК визначалася за індексом Mayo в балах: 0 — нормальна СО (ремісія), 1 — мінімальний ступінь (еритема, стертість судинного рисунка, незначна пухкість СО), 2 — помірний ступінь (виражена еритема, відсутність судинного рисунка, пухкість, ерозування СО), 3 — виражений ступінь (спонтанна кровоточивість, виразки СО) [17]. До того ж розраховували комбінований індекс Mayo, що включає оцінку частоти випорожнень, наявність ректальної кровотечі, дані ендоскопічного дослідження товстої кишки і загальну оцінку лікаря. Індекс Mayo трактувався так: 0–2 бали — клінічна ремісія, 3–5 балів — мінімальний ступінь активності, 6–10 балів — помірний ступінь активності, 11–12 балів — тяжкий ступінь активності [17].

Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою прикладних програм Excel Microsoft Office 2010 та SPSS 16.0 for Windows. Для порівняння якісних показників використовували критерій χ^2 . Статистична значимість різниці оцінювалась

на рівні, не нижчому 95,0 % (ймовірність помилки $p < 0,05$). Кореляційний аналіз здійснювали з розрахунком коефіцієнта кореляції Спірмена (r) та його значущості (p).

Результати та обговорення

При ендоскопічному дослідженні товстої кишки у хворих на НБК було виявлено безперервне поширення запального процесу від анального сфінктера в проксимальному напрямку. Проктит спостерігався в 45 (75,0 %) пацієнтів; ураження обмежене частиною товстої кишки, що розташоване дистальніше від селезінкового кута, тобто лівобічний коліт діагностовано в 11 (18,3 %) хворих. Лише в 5 (8,3 %) випадках спостерігали поширений коліт, при якому ураження поширювалося проксимальніше від селезінкового кута.

Серед обстежених переважна більшість хворих (70,0 %) мали середньотяжкий ступінь загострення НБК, що у 2,3 раза більше, ніж частота встановлення тяжкого ступеня атаки ($\chi^2 = 28,03$; $p < 0,001$).

Аналіз ендоскопічних ознак НБК залежно від ступеня тяжкості атаки наведений у табл. 1, з якої видно, що гіперемія різного ступеня вираженості спостерігалась в усіх хворих. Набряк СО товстої кишки при тяжкій атаці відмічений в усіх випадках, при середньотяжкому ступені загострення ця ознака виявлена в 78,6 % хворих. У незначної частки пацієнтів із середньотяжкою атакою (14,3 %) судинний рисунок був стертий, в інших випадках, як і в 100 % випадків при тяжкому ступені загострення хвороби, рисунок був відсутній зовсім.

Ерозії були притаманні більшості пацієнтів із НБК із переважанням їх виявлення при тяжкому ступені атаки, коли вони в половині випадків поєднувались із наявністю виразок, які частіше були поверхневі та мали зливний характер. Хоча і значно рідше ($\chi^2 = 8,20$; $p < 0,05$), але і в 5 (11,9 %) пацієнтів із середньотяжким ступенем атаки НБК були діагностовані виразки СО товстої кишки.

Геморагії СО виявлені більше ніж у половини хворих із середньотяжким та у 83,3 % пацієнтів із тяжким ступенем атаки НБК. Спонтанну кровоточивість СО товстої кишки спостерігали лише в 3 (16,7 %) випадках при тяжкому ступені загострення, у решти пацієнтів — у 83,3 % та 85,7 % хворих при середньотяжкому ступені відмічалась контактна кровоточивість СО товстої кишки.

Гнійний та фібринозний наліт, що є ознакою значного запального процесу, виявлений майже з однаковою частотою незалежно від ступеня тяжкості атаки НБК, тоді як псевдополіпи, як поодинокі, так і множинні, у 2,3 раза частіше діагностували при тяжкому ступені загострення захворювання ($\chi^2 = 5,20$; $p < 0,05$).

Відомий факт, що існують великі розбіжності в ендоскопічній інтерпретації активності захворювання. Гранульованість, судинна картина, виразки і пухкість слизової визначалися як прогностичні фактори для загальної оцінки ендоскопічної тяжкості ураження; кровоточивість і пухкість є детермінантами в рамках шкали оцінки Маю для НБК, що широко використовується для набору пацієнтів для клінічних випробувань.

Таблиця 1 — Частота ендоскопічних змін СО товстої кишки у хворих на НБК залежно від ступеня тяжкості атаки захворювання

Ендоскопічна ознака	Ступінь тяжкості атаки				Вірогідність різниці
	середньотяжкий (n = 42)		тяжкий (n = 18)		
	n	%	n	%	p
Гіперемія СО	42	100,0	18	100,0	> 0,05
Набряк СО	33	78,6	18	100,0	> 0,05
Судинний рисунок: — стертий — відсутній	6 36	14,3 85,7	0 18	0 100,0	> 0,05 > 0,05
Зернистість	7	16,7	5	27,8	> 0,05
Бугристість	6	14,3	3	16,7	> 0,05
Геморагії	24	57,1	15	83,3	> 0,05
Ерозії	35	83,3	17	94,4	> 0,05
Виразки	5	11,9	9	50,0	< 0,05
Псевдополіпи	11	26,2	11	61,1	< 0,05
Кровоточивість: — контактна — спонтанна	36 0	85,7 0	15 3	83,3 16,7	> 0,05 > 0,05
Гнійний та фібринозний наліт	22	52,4	10	55,6	> 0,05
Ендоскопічна активність НБК: — 1 ступінь — 2 ступінь — 3 ступінь	6 31 5	14,3 73,8 11,9	0 9 9	0 50,0 50,0	> 0,05 > 0,05 < 0,05

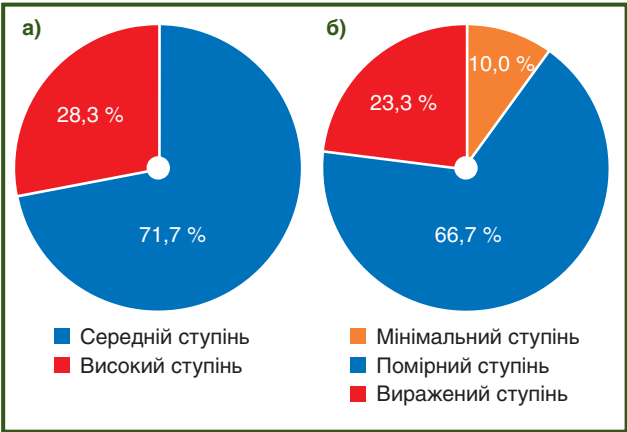


Рисунок 1 — Розподіл пацієнтів за ступенем активності НВК: а) клінічна активність; б) ендоскопічна активність

Виявлені при ендоскопічному дослідженні зміни СО товстої кишки свідчили про наявність ознак загострення захворювання, які в 40 (66,7 %) випадків відповідали помірному ступеню ендоскопічної активності НВК за шкалою Mayo та в 2,9 раза рідше — вираженому ступеню ($\chi^2 = 21,04$; $p < 0,001$). Лише 10,0 % обстежених мали мінімальний ступінь ендоскопічної активності НВК (рис. 1).

За результатами підрахунку сумарного бала щодо оцінки клінічної активності НВК за D. Rachmilewitz встановлено, що в 43 (71,7%) хворих середній показник становив $(12,74 \pm 0,22)$ бала з коливаннями від 11 до 15 балів. Водночас в 17 (28,3 %) випадках сумарний бал становив понад 16 балів, становлячи в середньому $(16,82 \pm 0,17)$ бала ($p < 0,01$) (рис. 1).

Паралельний аналіз частоти спостереження клінічних проявів залежно від ступеня ендоскопічної активності НВК показав, що больовий синдром хворі частіше відзначали в здухвинній ділянці та навколо пупка, при цьому частота виявлення була майже однаковою як при мінімальному, так і при середньому та тяжкому ступені ендоскопічної активності (табл. 2).

Більшість хворих (63,3 %) відмічали загострення понад 2 рази на рік без значної різниці частоти спостереження цієї ознаки при різних ступенях ендоскопічної активності ($p > 0,05$). Лише третина обстежених мали загострення з частотою не більше 1 разу на рік.

У 38 (63,3 %) пацієнтів спостерігалось часте випорожнення кишечника, частота дефекацій коливалася від 4 до 10 разів на добу, а при тяжкому перебігу захворювання — 12–20 разів. Часто при імперативному позиві на випорожнення виділявся тільки слиз (несправжні позиви), однак без вірогідної різниці за ступенем ендоскопічної активності НВК. Водночас частота виявлення крові у випорожненнях у 5,5 та 6 разів вища при 2 та 3 ступенях ендоскопічної активності, ніж при 1 ступені ($\chi^2 = 15,94$; $p < 0,001$ та $\chi^2 = 11,43$; $p < 0,001$ відповідно).

У результаті кореляційного аналізу встановлена залежність клінічних проявів захворювання від вираженості запальних змін СО товстої кишки. Так, частота випорожнень підвищувалась зі збільшенням геморагій ($r = 0,62$; $p < 0,05$); з наявністю ерозій корелювали лихоманка ($r = 0,43$; $p < 0,05$) та рівень ШОЕ ($r = 0,49$; $p < 0,05$).

Розподіл хворих за оцінкою комбінованого індексу Mayo показав, що 36 (60,0 %) пацієнтів мали помірний

Таблиця 2 — Частота клінічних проявів у хворих на НВК залежно від ступеня ендоскопічної активності захворювання

Показник	1 ступінь — мінімальний (n = 6)		2 ступінь — помірний (n = 40)		3 ступінь — тяжкий (n = 14)	
	n	%	n	%	n	%
Біль у здухвинній ділянці	4	66,7	31	77,5	10	71,4
Біль навколо пупка	3	50,0	15	37,5	5	35,7
Біль по ходу кишечника	1	16,7	9	22,5	3	21,4
Частота загострень:						
— до 1 разу на рік	2	33,3	14	35,0	6	42,9
— 2 рази на рік та більше	4	66,7	26	65,0	8	57,1
Частота випорожнень:						
— до 4 разів на день	5	83,3	15	37,5	2	14,3
— більше 4 разів на день	1	16,7	25	62,5	12	85,7
Слиз у випорожненнях	3	50,0	36	90,0	13	92,9
Кров у випорожненнях	1	16,7	37	92,5	14	100,0
Лихоманка	0	0	8	20,0	6	42,9

Таблиця 3 — Результат кореляційного аналізу індексів активності НВК

		Шкала D. Rachmilewitz	Критерії S. Truelove та L. Witts	Частковий індекс Mayo
Комбінований індекс Mayo	r	0,459	0,526	0,598
	p	< 0,001	< 0,001	< 0,001

ступінь загострення НВК, середній показник становив $(8,12 \pm 0,29)$ бала. У 24 (40,0 %) випадках діагностований тяжкий ступінь, середнє значення індексу становило $(11,38 \pm 0,48)$ бала.

Кореляційний аналіз індексів активності НВК, які були застосовані в нашій роботі, показав взаємозв'язок ступеня активності захворювання за комбінованим індексом Маю з клінічною активністю за шкалою D. Rachmilewitz ($r = 0,459$; $p < 0,001$), з тяжкістю атаки НВК за критеріями S. Truelove та L. Witts ($r = 0,526$; $p < 0,001$) та ендоскопічною активністю за частковим індексом Маю ($r = 0,598$; $p < 0,001$) (табл. 3).

Таким чином, установлені клініко-ендоскопічні взаємозв'язки при НВК підтверджують необхідність комплексного підходу до діагностики цього захворювання. З урахуванням того, що ступінь поширення запалення та тяжкість атаки НВК впливають на тактику ведення пацієнта й оцінку лікувальних заходів, клінічні та ендоскопічні показники корисні для стандартизації активності захворювання.

Проведений кореляційний аналіз чотирьох відомих індексів активності НВК показав, що жоден не є досконалим для широкого використання в клінічній практиці, а отже, необхідне поєднане використання існуючих індексів активності та інших біологічних маркерів запалення слизової оболонки товстої кишки, зокрема фекального кальпротектину, мієлопероксидази, альфа-1-антитрипсину в калі та крові. Такий підхід, на наш погляд, сприятиме підвищенню точності діагностики такої складної патології, як неспецифічний виразковий коліт.

Висновки

1. Установлена залежність клінічних проявів захворювання від вираженості запальних змін слизової оболонки товстої кишки, зокрема, частота випорожнень підвищувалась зі збільшенням геморагій ($r = 0,62$; $p < 0,05$); з наявністю ерозій корелювали лихоманка ($r = 0,43$; $p < 0,05$) та рівень ШОЕ ($r = 0,49$; $p < 0,05$).

2. Виявлений кореляційний взаємозв'язок ступеня активності захворювання згідно з комбінованим індексом Маю з клінічною активністю за шкалою D. Rachmilewitz, з тяжкістю атаки НВК за критеріями S. Truelove та L. Witts та ендоскопічною активністю за частковим індексом Маю.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

References

1. Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015 Dec;12(12):720-7. doi: 10.1038/nrgastro.2015.150.
2. Stepanov YuM, Skirda IYu, Petishko OP. Chronic inflammatory bowel diseases: epidemiological features in Ukraine. *Gastroenterologia*. 2017;51(2):97-105. doi: 10.22141/2308-2097.51.2.2017.101703. (in Ukrainian).
3. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of

population-based studies. *Lancet*. 2018 Dec 23;390(10114):2769-2778. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32448-0.

4. Kaplan GG, Ng SC. Globalisation of inflammatory bowel disease: perspectives from the evolution of inflammatory bowel disease in the UK and China. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2016 Dec;1(4):307-316. doi: 10.1016/S2468-1253(16)30077-2.

5. Kawalec P, Stawowczyk E, Mossakowska M, Pilc A. Disease activity, quality of life, and indirect costs of ulcerative colitis in Poland. *Prz Gastroenterol*. 2017;12(1):60-65. doi: 10.5114/pg.2017.66324.

6. Glavnov PV, Lebedeva NN, Kashchenko VA, Varzin SA. Ulcer colitis and Crohn's disease. Current state of a problem of an etiology, early diagnosis and treatment (literature review). *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Medicina*. 2015;(4):48-72. (in Russian).

7. Sturm A, Maaser C, Calabrese E, et al. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 2: IBD scores and general principles and technical aspects. *J Crohns Colitis*. 2019 Mar 26;13(3):273-284. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjy114.

8. Maaser C, Sturm A, Vavricka SR, et al. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications. *J Crohns Colitis*. 2019 Feb 1;13(2):144-164. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjy113.

9. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis*. 2017 Jun 1;11(6):649-670. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjx008.

10. Stepanov JuM, Symonova OV. Characterization of the endoscopic picture of the colon in patients with ulcerative colitis, depending on gender and age characteristics. *Medicni perspektivi*. 2018;23(2-1):118. (in Ukrainian).

11. Boyko TY. Clinical, endoscopic and morphologic parallels in ulcerative colitis. *Bulletin of problems in biology and medicine*. 2013;(1):68-73. (in Ukrainian).

12. Walsh A, Travis S. Assessing disease activity in patients with ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2012 Nov;8(11):751-4.

13. Mohammed Vashist N, Samaan M, Mosli MH, et al. Endoscopic scoring indices for evaluation of disease activity in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jan 16;1:CD011450. doi: 10.1002/14651858.CD011450.pub2.

14. Walsh AJ, Ghosh A, Brain AO, et al. Comparing disease activity indices in ulcerative colitis. *J Crohns Colitis*. 2014 Apr;8(4):318-25. doi: 10.1016/j.crohns.2013.09.010.

15. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a working party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 2005 Sep;19 Suppl A:5A-36A. doi: 10.1155/2005/269076.

16. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis: final report on a therapeutic trial. *Br Med J*. 1955 Oct 29;2(4947):1041-8. doi: 10.1136/bmj.2.4947.1041.

17. Rachmilewitz D. Coated mesalazine (5-aminosalicylic acid) versus sulphasalazine in the treatment of active ulcerative colitis: a randomised trial. *BMJ*. 1989 Jan 14;298(6666):82-6. doi: 10.1136/bmj.298.6666.82.

18. Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study. *N Engl J Med*. 1987 Dec 24;317(26):1625-9. doi: 10.1056/NEJM198712243172603.

Отримано/Received 20.07.2019

Рецензовано/Revised 05.08.2019

Прийнято до друку/Accepted 23.08.2019 ■

Степанов Ю.М., Псарова И.В.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр, Украина

Клинико-эндоскопические параллели при неспецифическом язвенном колите

Резюме. Актуальность. В настоящее время не существует идеального способа для оценки активности неспецифического язвенного колита (НЯК), что и обуславливает актуальность изучения особенностей течения данной патологии со сравнительным анализом типичных клинических и эндоскопических проявлений. **Цель работы** — оптимизация диагностики НЯК. **Материалы и методы.** Обследованы 60 пациентов с подтвержденным диагнозом НЯК — 31 (51,7 %) мужчина и 29 (48,3 %) женщин в возрасте от 21 до 63 лет (средний показатель составил $40,28 \pm 1,34$ года), из них 52 (86,6 %) пациента трудоспособного возраста. **Результаты.** Распределение больных по оценке комбинированного индекса Mayo показало, что 36 (60,0 %) пациентов имели умеренную степень обострения НЯК, средний показатель составил $8,12 \pm 0,29$ балла; в 24 (40,0 %) случаях диагностирована тяжелая степень, среднее значение индекса составило $11,38 \pm 0,48$ балла.

Корреляционный анализ индексов активности НЯК показал взаимосвязь степени активности заболевания согласно комбинированному индексу Mayo с клинической активностью по шкале D. Rachmilewitz ($r = 0,459$; $p < 0,01$), тяжестью атаки НЯК по критериям S. Truelove и L. Witts ($r = 0,526$; $p < 0,01$) и эндоскопической активностью по частичному индексу Mayo ($r = 0,598$; $p < 0,01$). **Выводы.** Установленные клинико-эндоскопические взаимосвязи при НЯК подтверждают необходимость комплексного подхода к диагностике этого заболевания. С учетом того, что степень распространения воспаления и тяжесть атаки НЯК влияют на тактику ведения пациента и оценку лечебных мероприятий, клинические и эндоскопические показатели полезны для стандартизации активности заболевания.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит; эндоскопические проявления; клинические проявления

Yu.M. Stepanov, I.V. Psarova

State Institution "Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Dnipro, Ukraine

Clinical and endoscopic parallels in ulcerative colitis

Abstract. Background. Currently, there is no ideal way to assess the activity of ulcerative colitis (UC), which determines the relevance of studying the characteristics of the course of this pathology with a comparative analysis of typical clinical and endoscopic manifestations. The purpose is to optimize the diagnosis of UC. **Materials and methods.** Sixty patients with a confirmed diagnosis of UC were examined, 31 (51.7 %) men and 29 (48.3 %) women aged 21 to 63 years (the average age was 40.28 ± 1.34 years), among them — 52 (86.6 %) persons of working age. **Results.** The distribution of patients according to the Mayo combined index showed that 36 (60.0 %) individuals had a moderate degree of UC exacerbation, the average indicator was 8.12 ± 0.29 points; in 24 (40.0 %) cases, a severe degree was diagnosed, the average value of the index was 11.38 ± 0.48 points. Correlation analysis of UC

activity indices showed a correlation between the degree of disease activity according to the Mayo combined index and clinical activity according to the D. Rachmilewitz scale ($r = 0.459$; $p < 0.01$), and the severity of UC flare-up according to S. Truelove and L. Witts criteria ($r = 0.526$; $p < 0.01$) and endoscopic activity — to the partial Mayo score ($r = 0.598$; $p < 0.01$). **Conclusions.** The established clinical and endoscopic relationships in UC confirm the need for an integrated approach to the diagnosis of this disease. Given that the degree of spread of inflammation and the severity of UC flare-up affect patient's management and the evaluation of therapeutic interventions, clinical and endoscopic indicators are useful for standardizing disease activity.

Keywords: ulcerative colitis; endoscopic manifestations; clinical manifestations